

ÁTTEKINTŐ KÖZLEMÉNY



# A szomatikus tünet zavarok felismerésének és átfogó mérésének lehetőségei

KOVÁCS Bianka Dorottya\* – MOLNÁR Judit

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen, Magyarország

Beérkezett: 2024. október 4.; elfogadva: 2025. április 22.

## ABSZTRAKT

Minden orvosnál jelentkeznek olyan betegek, akiknél a fizikai tünetek háttérében nem állapíthatóak meg organikus okok, vagy pedig a tünetek, illetve az azokra adott pszichológiai reakciók a szervi okokhoz mérten aránytalanok. A DSM-5-TR Szomatikus tünet zavar diagnózisa szerint a zavar immár nem korlátozódik az orvosilag megmagyarázhatatlan panaszokra, emellett a diagnosztikai rendszer a pszichológiai reakciók jelentőségére (pl. maladaptív kogníciók és/vagy viselkedés) is felhívja a figyelmet a diagnosztizálási folyamatában. A tünetekre irányuló kivizsgálások és kezelések annak ellenére, hogy komoly egészségügyi erőforrásokat használnak fel, nem oldják meg a problémát, hanem fenntartják a szorongást és a betegséget. A zavar diagnosztizálásához nem elegendő a kizáró diagnózis (a szomatikus kórok hiánya), hanem a pozitív pszichés tünetek azonosítása is szükséges. Így a testi tüneteket és a pszichológiai kritériumokat egyaránt vizsgáló, pszichometriai szempontból megbízható szűrőeszközök potenciálisan csökkenthetnék a diagnosztikai nehézségeket, és növelhetnék a diagnosztikai és ellátási minőséget a klinikai gyakorlatban. A szomatikus tünet zavarral kapcsolatban a legnagyobb kihívás, hogy a zavar fennállása nem zárja ki az organikus betegség jelenlétét, ezért fontos a fizikai és a mentális állapot egyformán monitorozni a diagnosztizálást, valamint a kezelés során egyaránt. Tanulmányunk célja olyan (elsősorban szűrésre alkalmas) eszközök bemutatása, amelyek segíthetik a diagnosztikus folyamatot és az adekvát terápia tervezését. Bemutatásra kerülnek interjúk, illetve kérdőíves módszerek egyaránt, amelyek lehetőséget adnak a szomatikus tünet zavar és az ehhez kapcsolódó pszichológiai faktorok felismerésére és differenciáldiagnosztikájára gyermek- és felnőttkorban. Továbbá külön tárgyaljuk a szomatiform disszociáció jelenségét, amely bár nem új keletű fogalom, a klinikai gyakorlatban egyes szomatiform zavarok disszociatív jellege mégis gyakorta észrevétlen marad.

## KULCSSZAVAK

szomatikus tünetzavar, szűrőeszközök, szomatiform disszociáció

## Possibilities for the detection and comprehensive measurement of somatoform disorders

### ABSTRACT

Doctors usually see patients whose physical symptoms have no organic background, or whose symptoms and psychological reactions to them are disproportionate to the organic cause. According to the DSM-5-TR Somatic Symptom Disorder diagnosis, the disorder is no longer limited to medically unexplained symptoms, and the diagnostic system also directs attention to the importance of psychological reactions (e.g. maladaptive cognitions and/or behaviours) in the diagnostic process. The screening and the treatment of the symptoms do not solve the problem but perpetuate distress and illness, despite the use of considerable healthcare resources. For the right diagnoses of the disorder, it is not sufficient to have a diagnosis by exclusion (absence of somatic pathologies), but also to assess the disorder by psychological tests and to identify positive psychological symptoms. Psychometrically reliable screening tools that measure both physical symptoms and psychological criteria could potentially reduce diagnostic difficulties and improve the quality of diagnosis and care in clinical practice. The major challenge with somatic symptom disorders is that the presence of the disorder does not exclude the presence of an organic disease, therefore it is important to monitor physical and mental status

\* Levelező szerző:  
Kovács Bianka Dorottya,  
Debreceni Egyetem,  
4032 Debrecen, Nagyterdei krt. 98.  
Pf. 45. E-mail:  
kovacs.bianka@med.unideb.hu

equally all along the diagnostic process and treatment. The aim of this study is to present tools (mainly for screening) that can help in the diagnostic process and in the planning of adequate therapy. Both interview and questionnaire methods are presented, which provide opportunities for the recognition of somatic symptom disorder and the associated psychological factors, as well as for differential diagnostics in both childhood and adulthood. Furthermore, the phenomenon of somatoform dissociation will be discussed separately. Though it is not a new concept, the dissociative nature of somatoform disorders often remains unrecognized in clinical practice.

#### KEYWORDS

somatic symptom disorder, screening tools, somatoform dissociation

## 1. SZOMATOFORM (SZOMATIKUS TÜNET) ZAVAROK

A testi panaszok az egészségügyi szakemberekkel való konzultációk leggyakoribb okai (Desai és mtsai, 2015), a tünetek okát azonban gyakran nem könnyű megállapítani (Chaturvedi & Desai, 2013). Minden orvosnál jelentkeznek olyan betegek, akiknél a fizikai tünetek háttérében nem állapíthatók meg organikus okok, vagy pedig a tünetek, illetve az azokra adott pszichológiai reakciók a szervi okokhoz mérten aránytalanok (Lipowski, 1987). Engel (1960) szerint a betegséghez való hagyományos, biomedikális hozzáállás hajlamosíthatja az egészségügyben dolgozókat arra, hogy betegségnek csak a testi változással jellemezhető, megérthető, beavatkozással gyógyítható állapotokat minősítsék. Vannak azonban olyan tünetek is, amelyeket organikus betegségekkel vagy laboratóriumi vizsgálatokkal nem tudunk megmagyarázni. Az ellátásban előforduló panaszok lehetnek átmenetiek, amelyek nem igényelnek orvosi ellátást, de lehetnek jelentős aggodalomra okot adó tünetek is, amelyek rokkantsághoz és súlyos egészségügyi terhekhez vezetnek, mint amilyen például az ellátás aránytalanul magas igénybevétele, a feleslegesen ismétlődő laboratóriumi vizsgálatok vagy a túlzott gyógyszerfogyasztás (Engel, 1960; Lipowski, 1987).

Azokat a testi tüneteket, amelyek tartósan fennállnak és jelentős érzelmi distresszel és/vagy funkcionális károsodással járnak együtt, és amelyeket a személy gyakran valamilyen betegség vagy testi rendellenesség tüneteiként értelmez, a DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022) alapján a „Szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok” közé sorolhatjuk (Gordon és mtsai, 2018). Ebbe a diagnosztikus kategóriába sorolható a szomatikus tünet zavar, a betegségszorongás zavar, funkcionális neurológiai tünet zavar (a konverziós zavar), a más egészségi állapotot befolyásoló pszichológiai tényezők, a factitious (színlelt) zavar, valamint az egyéb meghatározott és nem meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok (Gordon és mtsai, 2018). A BNO-10 (World Health Organization [WHO], 2004) ezen zavarokat a „Szomatoform rendellenességek” között tárgyalja.

Ezen zavarok csoportosítására használható ugyanakkor egy ernyőfogalom is, a „tartósan fennálló testi tünetek” (*persistent somatic symptoms*) fogalma. Ez olyan, több hónapra át fennálló zavaró testi panaszokat foglal magában, amelyek előfordulhatnak szomatikus betegségekben, funk-

cionális szomatikus rendellenességekben, mentális betegségek jelenlétekor, valamint olyan ismeretlen eredetű tünetek esetén, amelyek háttérében nincsen egyértelmű orvosi magyarázat. Gyakran ezek a tünetek nem korlátozódnak egyetlen szervrendszerre, és a beteg által tapasztalt tünetek súlyossága nem áll arányban a betegség valós súlyosságával. Ellentétben azokkal a szomatikus tünetekkel, amelyek egyértelmű biológiai okokhoz kapcsolódnak, az ún. tartósan fennálló testi tünetek és az organikus okok közötti kapcsolat idővel gyengül (Löwe és mtsai, 2024). A fogalom fontos jellemzője, hogy az organikus háttér magyarázó ereje bár idővel csökken, az elmélet nem zárja ki annak jelenlétét.

A szomatoform zavarokat többféle modell szerint is értelmezhetjük. A bio-pszicho-szociális szemlélet alapján a tünetek kialakulásához és fenntartásához számos különböző tényező hozzájárulhat (Helgeland és mtsai, 2022). A személyes faktorok, mint amilyen például az életkor, a személyiségjellemzők, valamint a stresszre adott reakció típusa mellett szerepet játszanak még olyan szociális faktorok, mint például a társadalmi közeg, a kultúra vagy a vallás, amelyek befolyásolják, hogy a személy hogyan éli meg a tüneteit (Rosen és mtsai, 1982).

Kirmayer és Taillefer (1997) bio-pszicho-szociális modellje alapján az izgalom, vagy csupán a mindennapi fiziológiai folyamatok olyan testi érzéseket váltanak ki, amelyek különböző mértékben ragadják meg a figyelmet. Bizonyos esetekben az egyén ezeket egy betegség jeleként értelmezi, amely egyben a betegséggel kapcsolatos aggodalom kialakulásához is vezet. Ennek eredményeképpen az egyén vállalja a betegszerepet és a feltételezett állapota felmérésére és kezelésére törekszik, ezáltal kiteszi magát olyan társadalmi hatásoknak (pl. mások reakciója vagy a média), amelyek megerősítik a betegséggel kapcsolatos viselkedését. Bár ez a folyamat normális reakció a betegség esetleges jeleire, bizonyos esetekben azonban az egyén a személyiségétől és a szociokulturális kontextustól függően a patológiás szintet is elérheti. A modell segítséget nyújt a szomatikus tünetképzés alapjául szolgáló különböző tényezők közötti kapcsolat megértésében (Kirmayer & Taillefer, 1997). Kirmayer és Robbins (1991) érvelése szerint különbséget kell tenni (1) a több élettani rendszerben jelentkező, orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek magas szintje, (2) a betegséggel vagy szomatikus tünettől kapcsolatos aggodalom olyan magas szintje, amely meghaladja a kimutatható fizikai betegség esetén elvárható, valamint a (3) pszichiátriai zavarok (leggyakrabban szorongás és depresszió) túlnyomórészt vagy kizárólag szomatikus megjelenési formája között.

Kognitív megközelítésben a szomatizáció a jellegzetes figyelemi fókusz és a testi érzékelések félreértelmezésének összjátékából alakul ki. Azok az egyének, akik szorongásra hajlamosak, fokozottan figyelnek a testi érzeteikre, és ez fokozza a tünetészlelést. Vannak tényezők, amelyek növelhetik a testi tünetekre irányuló figyelmet. Ilyenek például a negatív érzelmek, amelyek a katasztrofizálást és a félreértés valószínűségét fokozhatják, vagy a figyelem beszűkülése, amely a tünetek krónikussá válásához járul hozzá, illetve a tartós aggodalom és az orvosi vizsgálatok is ide tartoznak. Az említett faktorok részt vesznek egy önfenntartó ciklus kialakításában. Ennek során, ha a személy továbbra is megfigyeli és félreértelmezi a tüneteit, azok krónikussá válhatnak (Brown, 2004).

A szomatizációs tüneteket stresszfüggő tünetekként is szokták értelmezni (Brosschot, 2002; Dantzer, 2005; Kirmayer & Young, 1998). Az elmélet szerint a tünetek kialakulásában minden olyan pszichológiai, biológiai, valamint szociális jellemző is szerepet játszik, amely a stressz tartósságát eredményezheti. A szabályozási képességek deficitje (pl. neuroticizmus, fokozott érzelmi reaktivitás vagy érzelmi distressz), a katasztrofizáló gondolkodás, a perszeveratív kogníciók (rumináció/rágódás) vagy a perfekcionizmus mind olyan pszichológiai tényezők, amelyek hajlamosíthatják a személyt a szomatizációra. A korai kedvezőtlen tapasztalatok pedig mind a pszichés, mind pedig a biológiai szabályozási funkciók zavarát okozhatják a központi idegrendszer működésének szenzitivizálásán keresztül. A stressz tartósságához emellett az olyan biológiai rendszerek, mint a hipotalamusz–hipofízis–mellékvesekéreg-(HPA-) tengely, a vegetatív idegrendszer vagy a gondoskodó-oltalmazó válasz, azaz az antistressz hatású oxitocin felszabadulásának zavarai is hozzájárulhatnak. Ez a fenntartott stressz azonban csak az első lépés, a szomatiform zavarok kialakulásának szempontjából a stresszel összefüggő testi tünetek értékelése és értelmezése a kritikus. A szomatoszenzoros amplifikáció (azaz a testi érzetek erőteljesként, károsként vagy zavaróként való megélésének, valamint a tünetészlelés felerősítésének hajlama) következtében például a környezetből származó ingereket a személy tartósan fenyegetőnek értékeli. A szomatikus jelzésekre irányuló fokozott figyelem, vagyis a testre irányuló fókusz pedig döntő szerepet játszik a tünetek tartóssá válásában. A személyes tényezők mellett a betegek közvetlen és tágabb interperszonális környezetéből érkező szociális reakciók, akár a túlságosan féltőek vagy elutasítóak is, tartóssá formálhatják a katasztrofizáló gondolkodásmódot. Továbbá az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció jellemzőit (pl. a pejoratívan ható egészségesnek „nyilvánítás”, a negatív eredmények helytelen közlése és a *doctor shopping*) is a szomatizációt fenntartó tényezők között tartják számon (Kökényei, 2012).

Neurobiológiai szemszögből elsősorban a funkcionális motoros és érzékszervi tünetek értelmezésére találunk magyarázatot az ún. prediktív kódolásos elképzelés segítségével. Az elmélet szerint az agy folyamatos predikciókat (becsléseket) készít a környezetről és a saját testről. A becslések vagy elvárások és a bizonyítékok, azaz az érzetek között az egyensúly kulcsfontosságú a személy számára. Egy észlelet nem más, mint egy poszterior (utólagos) becslés, melyet az

elménk a korábbi tapasztalatainkból kialakuló elvárások és az aktuális beérkező információ alapján számol. Az észlelet kalkulálása során előfordulhatnak hibák, például ha azt az észleletet túlzott biztonsággal tartjuk meg, vagy ha a becslésünket – és annak minden szomatoszenzoros következményét – még ha az nem is reális, tévesen betegség tüneteiként értelmezzük. Ezzel az elmélettel nem magyarázhatóak azok a funkcionális tünetek, amelyek autonóm diszfunkciót és/vagy arousalt érintenek, és pszichológiai feldolgozáson mennek keresztül (pl. hasmenés, székrekedés és puffadás), ugyanakkor releváns lehet ezek megértésében is (Edwards és mtsai, 2012).

A fenti modellek azt hivatottak hangsúlyozni, hogy a szomatizáció nem csupán egy pszichológiai vagy egy biológiai folyamat, inkább összetett interakciók eredménye, amelyekben az egyéni tényezők, a társadalmi környezet és egyes kulturális változók is szerepet játszanak.

### 1.1. A szomatiform zavarok helye a klasszifikációs rendszerekben

Az organikus okokkal nem magyarázható testi tünetek először 1980-ban, szomatiform zavarokként jelentek meg a *Mentális zavarok Diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének* harmadik kiadásában (DSM-III; APA, 1980). A kézikönyv negyedik kiadásában, a DSM-IV-ben, a kategorikus szemlélet jegyében a szomatiform zavarok alcsoportjai is rögzítésre kerültek, úgymint szomatizációs zavar, nem differenciált szomatiform zavar, konverziós zavar, fájdalomzavar, hipochondria, testdiszmorfiás zavar és másként nem meghatározott szomatiform zavarok (APA, 2000). A klasszifikációs rendszer ötödik kiadása, a DSM-5 (APA, 2013), két jelentős változást vezetett be a korábban használatban lévő kiadásokhoz képest. Fontos módosítás, hogy a diagnosztikus kritérium már nem korlátozódik az orvosilag megmagyarázhatatlan tünetekre, inkább a tünetekre válaszként adott aránytalan gondolatokra, érzésekre és a viselkedésre fókuszál. Ez a változás megszünteti az orvosilag megmagyarázott és megmagyarázhatatlan tünetek közötti nehéz és szubjektív különbségtételt (Henningsen, 2018). Emellett a B-kritérium ebben a kiadásban már pszichológiai diagnosztikai kritériumokat is tartalmaz, úgymint a tünetek súlyosságával kapcsolatos aránytalan és tartós gondolatok, erős szorongás és maladaptív viselkedés a beteg által tapasztalt szomatikus tünetekkel kapcsolatban (APA, 2013; Jiang és mtsai, 2021). A DSM-5-TR a diagnózisokat ezen felül prevalenciaadatokkal, rizikó- és prognosztikus faktorokkal, valamint kultúrával összefüggő diagnosztikai kérdésekkel egészíti ki (APA, 2022).

A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 10. kiadásában az orvosilag nem magyarázható tünetek a szomatiform rendellenességek (F45) csoportjába kerültek. A diagnosztikai kézikönyv azokat az állapotokat sorolja ebbe a kategóriába, amelyek ismételt testi panaszokkal járnak, és orvoshoz fordulásra késztetik a személyt, annak ellenére, hogy vizsgálatok és szakemberek által is megerősített, hogy a panaszok hátterében nincsen szervi elváltozás (WHO, 2004). A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11. kiadásában a DSM-5-höz hasonlóan változásokat eszközöltek

ki. Ennek célja legfőképpen a két osztályozási rendszer közötti különbségek minimalizálása volt, amelynek sikeressége leginkább a mentális zavarok csoportosításának módjában és a csoportosítás rendszerében mutatkozik meg. Néhány kategória és a benne foglalt kórképek változatlanok maradtak, a legtöbb kategóriát, többek között a szomatiform rendellenességeket azonban több új csoportra osztották fel (WHO, 2024). Az 1. táblázatban a szomatiform

zavarok elhelyezkedését láthatjuk a klasszifikációs rendszerekben. A táblázat a DSM-5-TR-t veszi alapul, a többi oszlopban pedig feltüntetésre kerül, hogy a Betegségek Nemzetközi Osztályozásában milyen kategóriákban találhatjuk meg az adott diagnózisokat. Szürkével kiemelve a diagnosztikus kategóriák, fehér háttérrel pedig a kórképek találhatók az adott klasszifikációs rendszerben feltüntetett nevükkel.

**1. táblázat** A szomatiform zavarok elhelyezkedése a klasszifikációs rendszerekben a DSM-5-TR és a BNO-10, illetve BNO-11 alapján (APA, 2022; WHO, 2004, 2024)

DSM-5-TR	BNO-10	BNO-11
<b>Szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok</b>	<b>F45 Szomatiform rendellenességek</b>	<b>6C2 Testi szenvedés zavarai</b>
Szomatikus tünet zavar	F45.0 Szomatizációs zavar F45.1 Nem differenciált szomatiform zavar	6C20 Testi szenvedés zavar
Szomatikus zavar – Túlnyomóan fájdalommal (jelölő)	F45.4 Állandó szomatiform fájdalom zavar	
		<b>6B2 Kényszeres vagy kényszerrel kapcsolatos zavarok</b>
Betegségorongás zavar	F45.2 Hipochondriázis	6B23 Hipochondriasis
	<b>F44 Disszociatív (konverziós) zavarok</b>	<b>6B6 Disszociatív zavarok</b>
Funkcionális neurológiai tünetzavar (konverziós zavar)		6B60 Disszociatív neurológiai tünet zavar
Gyengeséggel vagy bénulással (jelölő) Abnormális mozgással (jelölő) Nyelési tünetekkel (jelölő) Beszédtünetekkel (jelölő)	F44.4 Disszociatív mozgászavarok	
Rohamokkal vagy görcsökkel (jelölő)	F44.5 Disszociatív konvulziók	
Érzéketlenséggel vagy szenzoros kieséssel (jelölő) Sajátos szenzoros tünetekkel (jelölő)	F44.6 Disszociatív anaesthesia és érzészavar (érezéskiesés)	
Kevert tünetekkel (jelölő)	F44.7 Kevert disszociatív (konverziós) zavarok	
Más betegséget befolyásoló pszichológiai tényezők	<b>F54 Pszichológiai tényezők és viselkedésformák, melyek máshova osztályozott rendellenességekhez vagy betegségekhez társulnak</b>	<b>6E6 Egyéb betegségekhez társult másodlagos mentális vagy viselkedési szindrómák</b>
	<b>F68 A felnőtt személyiség és viselkedés egyéb zavarai</b>	<b>6D5 Színlelt zavarok</b>
Factitious (színlelt) zavar (önmagának előidézett/másnak előidézett)	F68.1 Pszichés vagy testi tünetek, vagy rokkantság szándékos előidézése vagy szimulálása, vagy erről való meggyőződés [Fakticiózus zavar]	6D50 Színlelt zavar, önmagára vonatkozóan 6D51 Színlelt zavar, másokra vonatkozóan 6D5Z Színlelt zavar, k.m.n.
	<b>F45 Szomatiform rendellenességek</b>	<b>6C2 Testi szenvedés zavarai</b>
Egyéb meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó zavar Nem meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó zavar	F45.8 Egyéb szomatiform zavarok F45.9 Nem meghatározott szomatiform zavarok	6C2Y Egyéb testi szenvedés zavar 6C2Z Testi szenvedés zavar, k.m.n.
	F45.3 Szomatiform vegetatív (autonóm) diszfunkció	

Megjegyzés: k.m.n. = külön megnevezés nélkül.

A HiTOP (azaz *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*) modern klasszifikációs rendszere a dimenzionális szemléletet követve a pszichopatológiákat többszintű hierarchikus struktúrába rendezi a tünetek, a vonások és a tünetek együttjárása alapján. A rendszer a személyes tapasztalatokon alapszik, azon, hogy az egyének hogyan élik meg a pszichopatológiát. Ahelyett, hogy egy adott tünetegyüttest önálló betegségként tartana számon, a HiTOP ezeket egy spektrum részeként kezeli. A spektrumok között helyet kapott a szomatiform spektrum, amely magába foglalja az orvosilag megmagyarázhatatlan testi tüneteket, a tünetekkel kapcsolatos aggodalmat és a megnyugtatókeresést (pl. szomatikus tünet zavar, betegségsszorongás zavar, konverzió). A többi rendszerrel (pl. DSM, BNO) ellentétben a HiTOP figyelembe veszi a tünetek átfedését, valamint jobban igazodik az egyéni különbségekhez, ezáltal a komorbiditás és a heterogenitás kérdését is megoldja. Ezenfelül a HiTOP dimenzionális megközelítése megszünteti az önkényes küszöbértékeket, amelyek a kategorikus osztályozást jellemzik, valamint az egyének spektrumon való elhelyezése a mentális betegségek megbélyegzését is csökkenti, hiszen mindenki ugyanazon a spektrumon írható le. A HiTOP egy élő modell, amelyet rendszeresen felülvizsgálunk az új eredmények beépítése érdekében. Az adatok elemzésével jelenleg is folyik a klasszifikáció fejlesztése (közösségi fejlesztésben), így a rendszert inkább kutatásokban használják, de már vannak kezdeményezések a klinikai gyakorlatban való alkalmazását illetően is<sup>1</sup> (Kotov és mtsai, 2017).

## 1.2. A szomatiform zavarok gyakorisága az egészségügyi ellátásban

A funkcionális szomatikus tünetek gyakoriak: a lakosság több mint 80%-a számol be olyan testi tünetekről, amelyek nem egyértelműen valamely ismert betegségnek tulajdoníthatóak (Hiller és mtsai, 2006). A szomatiform zavarok sokáig kevés figyelmet kaptak az epidemiológiában, annak ellenére, hogy az egészségügyi ellátórendszert – beleértve a családorvoslást, belgyógyászatot vagy a neurológiát – folyamatosan terhelő problémáról van szó (Purebl & Pilling, 2019). A szomatiform rendellenességek összesített prevalenciája 10–25% között mozog az alapellátásban (Hilderink és mtsai, 2013). A szomatiform panaszok előfordulásának gyakorisága gyermek- és serdülőkorban a legmagasabb (Palermo és mtsai, 2010). Egy áttekintő tanulmány eredményei alapján a 7–12 éves gyermekek közül az alapellátásban megjelenők 20%-ánál, a gyermekklinikai szakellátásban megjelenők 47%-ánál találtak szomatizációs zavart a testi tünetek hátterében (Eminson, 2007; Garralda, 1992). Egy nagyszabású holland felmérésben pedig azt találták, hogy a 0–18 éves korosztályban gyakran jelentkeznek különböző testrészekre lokalizálódó fájdalomtünetek. A minta 11–31%-a volt érintett, és a tünetek előfordulásának gyakorisága leginkább a 12–15 éveseknél, valamint a lányok körében volt magas (Perquin és mtsai, 2000). Éppen emiatt fontos, hogy mind a gyermek háziorvosi praxisokban, mind a

szakellátásban felmérjék ezeket az állapotokat. Egy szintén holland tanulmány eredményei szerint a fiatalok (18–50 évesek) 11–21%-a, a középkorúak (50–65 évesek) 10–20%-a, az idősebbek (≥65 évesek) 1,5–13%-a szenved valamilyen orvosilag megmagyarázhatatlan tünettől (Hilderink és mtsai, 2013).

A szomatikus tünetek emellett társulhatnak pszichiátriai alapterületekhez, pl. szorongásos zavarok, depresszió, stresszel kapcsolatos rendellenességek, de pszichózisban szenvedő betegek is beszámolhatnak szomatikus tünetekről (Chaturvedi & Desai, 2013; Desai és mtsai, 2015)

## 2. MILYEN ESETEKBE INDOKOLT A SZOMATIFORM KÓRKÉPEK FELMÉRÉSE?

A tünetek magas prevalenciája a népességben belül azt is jelzi, hogy önmagukban nem indokolják a diagnózist. Magától értetődő, hogy nem minden embernek kell diagnózist kapnia, akinek időnként vannak orvosilag nem (vagy nem kellőképpen) magyarázható tünetei. Fontos ugyanakkor kiszűrni azokat a betegeket, akik hosszan tartó panaszokkal, akár rokkantsággal küzdenek, és folyamatos orvosi ellátásra szorulnak a tüneteikből fakadó szenvedés miatt (Rief és mtsai, 2010). Emellett a szomatiform zavarok felmérése azért is szükséges, mert a tünetek jó előrejelzői lehetnek egy későbbi megterhelő egészségi állapotnak, az egészségügyi ellátás fokozott igénybevételének, a szorongás, a depresszió vagy más komorbid zavar kialakulásának vagy valamely általános fizikai betegségnek is (Tomenson és mtsai, 2013).

A szomatiform rendellenességgel jelentkező betegek mindig is nagy kihívást jelentettek az egészségügyi ellátórendszer szakemberei számára. Ezek a páciensek gyakran váltanak ki negatív reakciót a kezelőikből. Ők a „nehezen kezelhető”, „nemszeretem”, „képzelt” betegek, akik évekig járnak orvoshoz, újabb és újabb tünetekkel jelennek meg, rengeteg laboratóriumi és egyéb vizsgálaton mennek keresztül, a kezelésük pedig legnagyobb részben sikertelen. A kivizsgálások és a gyógyszeres kezelések, annak ellenére, hogy komoly egészségügyi erőforrásokat használnak fel, nem oldják meg a problémát, hanem épp ellenkezőleg: fenn tartják a szorongást és a betegséget (Sanders és mtsai, 1994; Tamás és mtsai, 2020; Zijlema és mtsai, 2013).

A szomatiform kórképek az egészségügy „vakfoltjai”, hiszen a páciensek nem mutatnak egyértelmű pszichopatológiai tüneteket, emellett az egészségi állapotukkal kapcsolatban is téves hiedelmeket táplálnak (Eminson, 2007; Rajna, 2021). Éppen emiatt nem meglepő, hogy nincs megoldás az ilyen problémákra, ha a betegség hátterében csak testi vagy csak lelki okokat keresünk. Érdemes ehelyett a panaszokat tágabb kontextusban, bio-pszicho-szociális keretben értelmezni (Tamás és mtsai, 2020). A fizikai tünetek mellett fontos a beteg kommunikációjára és magatartására is különös figyelmet fordítani, felismerni a tünetek sokszínűségét, de leírhatatlanságát, az időbeli hullámzásukat, és ennek a hullámzásnak a kapcsolatát a beteg élethelyzeteivel. Mindemellett igen hasznos lehet, ha az orvos a saját megérzéseire is figyel (Kulcsár, 2002; Pilling, 2018).

<sup>1</sup> <https://www.hitop-system.org/>

A mindennapos klinikai gyakorlatban így gyakran okoz nehézségeket a szomatiform zavarok pontos diagnosztizálása, és sok eset fel nem ismert marad. Bár a diagnosztikus folyamat alapvetően hosszmetzeti, sikerességéhez hozzájárulhat olyan pszichometriailag megbízható szűrőeszközök alkalmazása, amelyek a testi tüneteket és a pszichológiai kritériumokat egyaránt vizsgálják (Laferton és mtsai, 2017). A továbbiakban részletezzük a szomatiform zavarok átfogó és szisztematikus felmérését, valamint bemutatásra kerülnek olyan elsősorban szűrésre alkalmas eszközök (interjúk és kérdőíves mérőeszközök), amelyek segíthetik ezt a folyamatot és azáltal az adekvát terápia tervezését.

### 3. AZ ÁTFOGÓ ÉS SZISZTEMATIKUS FELMÉRÉS LÉPÉSEI

A szomatiform zavarok esetén kezdetben általában nem világos, hogy az adott panasz hátterében áll-e valamilyen organikus elváltozás, vagy sem (Silber, 2011). Fontos szem előtt tartani, hogy a „megmagyarázhatatlan tünetek” mögött állhatnak még nem ismert, vagy az átfogó vizsgálatok ellenére sem kimutatható betegségek (Salawu és mtsai, 2010). Ha fennáll valamilyen szomatikus megbetegedés, nagyon fontos mérlegelni, hogy a tünetek (azok intenzitása, megélése) arányosak-e az okokhoz viszonyítva (Lipowski, 1987). A szomatiform zavarok esetében a diagnosztikus folyamat három egyidejűleg futó pályán zajlik: (1) az organikus okok kizárása, (2) a pszichoszociális diszfunkciók azonosítása, (3) a kiváltó stresszorok felismerése és enyhítése (Silber, 2011).

Első lépésben, annak érdekében, hogy felmérjük, a tünetek hátterében található-e organikus eredetű egészségi állapotokat, speciális vizsgálatok elrendelése szükséges, mint például laboratóriumi vagy radiológiai tesztek, de számos esetben pajzsmirigyfunkciós, vizelet-, valamint toxikológiai vizsgálatra is sor kerülhet (Rolfe & Burton, 2013). Kerülni kell azonban a szükségtelen, ismétlődő vizsgálatok elvégzését, hiszen a túlzott tesztelés magában hordozza a hamis pozitív eredmények fokozott kockázatát, ami a későbbiekben további beavatkozásokhoz és az ezekkel járó kockázathoz és megnövekedett költségekhez vezethet (Rolfe & Burton, 2013; Silber, 2011). A megfelelő diagnózis felállításában talán az jelenti a legnagyobb kihívást, hogy a szomatiform zavarok jelenléte nem zárja ki az organikus betegségek jelenlétét, ezért fontos a betegek egészségi állapotát a kezelés során is monitorozni. Egyrészt a krónikus betegek gyakran rendelkeznek a testi rendellenességeikhez hasonló, de azok súlyosságával nem magyarázható tünetekkel (Servan-Schreiber és mtsai, 2000). Másrészt a szomatikus tünet zavar diagnózisa meglévő szomatikus betegség esetén is adható, ha a páciens arra eltúlzott vagy maladaptív módon reagál (lásd: kogníciók, érzelmek, viselkedés). Ilyen esetben az organikus betegség kezelése mellett a szomatikus tünet zavart is szükséges diagnosztizálni, mivel ez biztosítja, hogy a kezelés a pszichológiai választ is megcélozza.

A szomatikus tünet zavar gyakran társulhat más pszichiátriai rendellenességekkel. Általános kórházi járóbeteg

mintában a szomatikus tünet zavarral rendelkező betegek magasabb depresszió- és szorongásszintet mutattak, mint a szomatikus tünet zavar nélküli betegek (Cao és mtsai, 2020). Egy keresztmetszeti vizsgálatban, amely szédülésben szenvedő betegeket vizsgált, a pszichiátriai zavarok komorbiditásának aránya magasabb volt azoknál a szomatikus tünet zavarban szenvedő betegeknél, akik a DSM-5-TR mindhárom B-kritériumának megfeleltek (Limburg és mtsai, 2017). A differenciáldiagnózis gondos értékelést igényel szorongásos zavarok, pánikbetegség, depresszió, szkizofrénia, valamint szerhasználati zavar szempontjából is. A szomatizációt a teljes körű differenciáldiagnózis érdekében fontos elkülöníteni a színleléstől (*malingering*), illetve a fakticiózus (színlelt) zavartól is. Ezek a rendellenességek abban különböznek, hogy a tünetek önkéntes kontroll alatt állnak. A színlelés lényege, hogy a hamis vagy eltúlzott tünetek szándékos kimutatását valamilyen külső ösztönző motiválja (pl. gazdasági haszonszerzés vagy a jogi felelősségre vonás elkerülése). Ezzel szemben a fakticiózus zavar esetében a „betegszerep” vállalására irányuló motiváció váltja fel a külső ösztönzőket. Végül ha a diagnózis még mindig nem egyértelmű, a személyiségzavarok gyanúja merülhet fel, amely további pszichológiai vizsgálatok szükségességét indokolja (Hilty és mtsai, 2001).

A differenciáldiagnózis azonban nem pusztán a kizárás folyamatán alapul, hanem magában foglalja a pozitív pszichológiai tünetek (pl. maladaptív testfókusz és oktulajdonítás, katasztrofizáció) azonosítását is. A diagnózisalkotás során pedig fontos, hogy a tüneti kép mellett a funkcióvesztés és szenvedés mértékét, valamint az észlelt stresszorokat (Silber, 2011) is megvizsgáljuk. Emellett a testi tüneteket és a pszichológiai kritériumokat egyaránt vizsgáló, pszichometriai szempontból megbízható szűrőeszközök is hozzájárulhatnak a diagnosztikai nehézségek csökkentéséhez és a diagnosztikai minőség növeléséhez a klinikai gyakorlatban (Laferton és mtsai, 2017).

### 4. A SZOMATIFORM ZAVAROK MÉRÉSÉHEZ HASZNÁLHATÓ ESZKÖZÖK FELNŐTTEK ÉS GYERMEKEK KÖRÉBEN

#### 4.1. Interjúk mérőeszközök

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a mentális zavarok epidemiológiájának felmérése érdekében számos új eszköz létrehozását tűzte ki célul. E program keretei között született meg egy, a szomatiform zavarokat mérő eszköz: a Szomatiform Zavarok Jegyzéke (*Somatoform Disorders Schedule*; SDS; Sartorius, 1993). Az SDS egy teljesen strukturált interjú, amely a BNO-10 és a DSM-IV diagnosztikai kategóriáira terjed ki: szomatizációs zavar, disszociatív (konverziós) rendellenességek, szomatiform autonóm diszfunkció, nem differenciált szomatiform zavar, állandó szomatiform fájdalom zavar, hipochondriasis és neurasthenia. A fő tünetcsoportok mindegyikénél az interjú a tünetek kezdetét, gyakoriságát, valamint a munkával és más

tevékenységekkel kapcsolatos zavaró szerepét kérdezi ki. Az eszköz tartalmaz egy demográfiai és egy összefoglaló részt is, amely a betegséggel kapcsolatos károsodást, az ellátás igénybevételét, az alkalmazott kezelések típusát és hatékonyságát, valamint az ellátással való elégedettség értékelésére szolgáló kérdéseket foglal magába. Az SDS kérdései teljesen strukturáltak, így ez lehetővé teszi, hogy ne csak klinikusok alkalmazhassák. A használathoz egy kézikönyv és egy számítógépes kiértékelő program is rendelkezésre áll (Janca és mtsai, 1995), jelenleg angol nyelven.

A strukturált klinikai interjú a DSM-5 zavarok felmérésére (*Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders*; SCID-5) egy félig strukturált interjú módszer, amely a főbb DSM-5 diagnózisok felállítására alkalmas. Több változata létezik, a klinikai változatot (SCID-5-CV) kifejezetten a klinikai környezetben történő alkalmazáshoz igazították. Az interjú alanyai lehetnek pszichiátriai és szomatikus betegek egyaránt, nyelvezete miatt leginkább felnőttek körében alkalmazható, azonban kisebb módosításokkal kamaszokkal is felvehető. A szomatikus tünet zavarra vonatkozóan az interjú során az „I Modulban” találunk diagnosztikai kérdéseket. Ebben a modulban, ha a beteg bármely kérdésre igennel válaszol, a klinikusnak strukturálatlan módszerrel kell az adott zavar diagnosztikai kritériumainak fennállását tovább vizsgálnia (First és mtsai, 2017). Mivel a SCID egy sztenderd diagnosztikai módszer, bizonyítottan javítja a diagnosztizálást megbízhatóságát, valamint lehetővé teszi azon tünetek feltárását, amelyek máskülönben rejtve maradnának. A SCID emellett egy felhasználóbarát kérdőív a klinikai interjú lefolytatásához, amelynek magyar nyelven is elérhető változata bármilyen gyakorlottságú klinikai szakpszichológus számára segítséget nyújt (Rózsa, 2009).

A diagnosztikai interjúk a probléma feltárása és diagnosztizálása mellett a hatékony kezelés megválasztásában és a kezelési terv kialakításában is segíthetnek. A klinikai interjúk mindig a legmegbízhatóbbak a diagnózis felállításában, azonban nagyon időigényesek lehetnek. A SCID-5 felvétele például a páciens állapotától függően 45–90 percet is igénybe vehet. Éles helyzetekben, a kórházi osztályokon, vagy a járóbeteg-ellátás során mind az orvosok, mind pedig a betegek ideje korlátozott a megfelelő empátiás légkör kialakításához és az átfogó klinikai interjú felvételéhez. Emiatt nagy segítséget jelenthetnek a szomatikus tünet zavarok szűrőeszközei (Cao és mtsai, 2022; Rózsa, 2009). A következőkben ezeket tekintjük át.

## 4.2. Felnőttkorban használható kérdőíves mérőeszközök

Amennyiben fennáll a betegnél valamely szomatiform zavar gyanúja, a kritériumok meglétét vagy hiányát gyakran önbevallásos kérdőívek segítségével mérik fel (Zijlema és mtsai, 2013). Korábban a szomatiform zavarok tüneteit más általános pszichiátriai és pszichológiai skálák részeként mérték, de a korai felismerés szempontjából kulcsfontosságú a pontos, átfogó mérés, vagyis a megfelelő diagnosztikai eszközök használata (Chaturvedi & Desai, 2013). A szűrőeszközök érvényessége és megbízhatósága mellett lényeges a

gyors és könnyű alkalmazhatóság is, hogy ezen eszközök a rutinellátásba is beépíthetővé váljanak (Laferton és mtsai, 2017).

A hazánkban egyik legelterjedtebb mérőeszköz a Szubjektív Testi Tünet Skála (*Patient Health Questionnaire-15*; PHQ-15), amely a testi tünetekkel kapcsolatos distressz mérésére alkalmas kérdőív, és a DSM-IV szomatizációs zavarának legjellemzőbb tüneteit tartalmazza. A kérdőív 15 tétele a szomatizációra leginkább jellemző tünetek gyakoriságának és súlyosságának felmérésére alkalmas (Kroenke és mtsai, 2002). A 15 szomatikus panaszt megjelenítő tételt a kitöltőknek egy 3-fokú Likert-skálán kell értékelniük aszerint, hogy mennyire zavarta őket az adott tünet az elmúlt hónap során (0 = egyáltalán nem zavart, 1 = kissé zavart, 2 = nagyon zavart). A kérdőívben fordított tétel nem szerepel, és az összpontszám 0 és 30 között alakulhat. Kroenke és munkatársai (2002) két küszöbértéket állapítottak meg: a 10 alatti pontszám alacsony, a 10 és 14 közötti pontszám közepes mértékű, míg a 15 feletti pontszám jelentős mértékű tünetzavart jelez. A kérdőív magyar változata a 2006-os Hungarostudy kutatás számára készült, így legfontosabb erőssége, hogy nagymintás, reprezentatív hazai vizsgálaton alapul (Stauder és mtsai, 2021). Összefoglalva a PHQ-15 egy rövid és jól használható eszköz a szomatikus tünet zavar (DSM-5) előszűrésére.

A PHQ-15 kérdőív három tételének (úgy mint menstruációs problémák, szexuális problémák, ájulás) elhagyásával és öt tétel két új tételbe történő összevonásával megszületett a rövidített változata, a Szomatikus Tünet Skála (*Somatic Symptom Scale-8*; SSS-8), amely szintén a szomatikus tünetek jelenlétének és súlyosságának mérésére alkalmas. További különbség, hogy az SSS-8 tételeihez 5-fokú válaszlehetőségek társulnak (végpontok: 0 = egyáltalán nem zavart, 4 = nagyon zavart), szemben a PHQ-15 3-fokú Likert-skálájával; így az összpontszám 0 és 32 között mozoghat. Emellett a tünetek fennállásának időkerete egy hónapról hét napra rövidült. A skála kitöltése a beteg részéről körülbelül egy percet vesz igénybe, s a kiértékelés is elvégezhető ennyi idő alatt. Az SSS-8 egy megbízható és érvényes önbevallásos eszköz, a klinikai használathoz a 4, 8, 12 és 16 pontos határértékeket javasolják, amelyek a nem vagy minimális (0–3 pont), alacsony (4–7 pont), közepes (8–11 pont), magas (12–15 pont) és nagyon magas (16–32 pont) súlyossági kategóriákat különítik el (Gierk és mtsai, 2014). A kérdőívnek jelenleg nem érhető el magyar változata.

A Szomatikus Tünetek Értékelése Skála (*Scale for Assessment of Somatic Symptoms*; SASS) már az 1980-as évektől használatban lévő, szomatikus tüneteket és szomatizációt mérő kérdőív, amelyet egyaránt használnak általános orvosi, pszichiátriai, sőt onkológiai területeken (Chaturvedi és mtsai, 1987). A 20 tételből álló kérdőívnek négy alskálája van: a fájdalommal kapcsolatos tünetek, az érzékszervi tünetek, a nem specifikus szomatikus tünetek, valamint a biológiai funkciókkal kapcsolatos tünetek. A kitöltők a tünetek súlyosságát 4-fokú Likert-skálán értékelhetik (0 = nincsen tünet, 1 = enyhe, 2 = közepes, 3 = súlyos). A kérdőív kitöltésekor azok a panaszok tekinthetők jelenlévőnek, amelyek az előző 2 hétben jelentkeztek (Desai és mtsai, 2015). A kérdőív organikus betegségek esetén (pl. daganatok) alkalmas a tü-

netek súlyosságának felmérése mellett a tisztán organikus (betegség kezelése miatti), az organikus és pszichés (érzelmi vagy pszichológiai tényezők), valamint az idiopátiás (sem organikus, sem pszichés vagy nem lehet megállapítani az okot) tünetek megkülönböztetésére (Chaturvedi & Maguire, 1998). Jelenleg ennek a kérdőívnek sincs magyar változata.

Egy nemzetközi kutatás eredményei alapján a szomatiform zavarokat mérő tesztek kombinálva növelhetjük azok diagnosztikai pontosságát. A kérdőívek együttesen is legtöbbször kevesebb, mint 10 perc alatt felvehetőek, így ez jó módja lehet a veszélyeztetett személyek megbízható felismerésének (Laferton és mtsai, 2017).

Az egyéb szomatiform (illetve szomatikus tünet zavar csoportba sorolható) zavarokat tekintve a szomatikus tünetek állnak a klinikai kép előterében a konverziós zavar esetében is, míg a hipochondriást a betegségtől való szorongás jellemzi.

A hipochondriasis esetében fontos egy olyan mérőeszköz használata, amely képes elkülöníteni a klinikai mértékű egészségszorongást az egészségi problémákkal küzdő személyek adekvát szorongásától. Erre alkalmas skála a Rövidített Egészségszorongás Kérdőív (*Short Health Anxiety Scale*; SHAI; Salkovskis és mtsai, 2002), amely a korábban kifejlesztett 64 tételes Egészségszorongás Skála (*Health Anxiety Scale*; HAI; Salkovskis és mtsai, 2002) rövidített változata. A magyar változat Köteles és munkatársai (2011) nevéhez köthető. A SHAI egy 18 tételes skála, amely az egészségszorongást méri a fizikai egészségi állapottól függetlenül. A tételeket nem a megszokott Likert-skálán kell értékelni, hanem a válaszadónak négy különböző, fokozódó súlyosságot kifejező lehetőségből kell választania. A tételek egyaránt felmérik az egészségi állapottal kapcsolatos aggodalmakat, a testi történésekre irányuló figyelmet, valamint egy potenciális betegség következményeire is rákérdeznek (Köteles és mtsai, 2011). Ha az itemeket 0–3-ig terjedő skálán számszerűsítjük, akkor egy 27-es küszöbérték alkalmazható. Ennél a ponthatárnál a kérdőív a hipochondria 85,7%-át azonosítja helyesen (Alberts és mtsai, 2013).

A konverziós vagy szomatiform disszociatív tüneteket, amelyek főleg neurológiai betegségek tüneteivel hasonlíthatók (pl. epilepszia, migrén, fejsérülés, disztónia), az ellátásban gyakran tekintik más szomatizációs zavar tüneteinek (Koby & Curt LaFrance, 2014; Kuritárné Szabó és mtsai, 2018), így kivizsgálásuk a diagnózisalkotás szempontjából kiemelten fontos. A disszociáció az integratív mentális funkciók zavarát írja le. Nijenhuis (2001) holland kutató elmélete alapján a disszociatív tüneteket pszichoform és szomatiform csoportba sorolhatjuk a traumára adott reakciók típusa alapján. A pszichoform disszociáció a mentális funkciókkal kapcsolatos tüneteket foglalja magába, a szomatiform disszociáció pedig olyan tünetek jelölésére alkalmas, amelyek a testi élmények, reakciók és funkciók integrációjának a hiányát jelenítik meg. A szomatiform disszociáció a szenzoros és motoros hiánytünetek (pl. cső látás, látás- vagy halláskiesés, bénulás, motoros gátoltság) mellett pozitív tüneteket (pl. intruzív testi érzések) is magába foglal (Nijenhuis, 2001). A tünetek mérésére létezik egy 20 tételből álló önkitöltős kérdőív, amely a zavart, valamint annak súlyosságát méri. A Szomatiform Disszociáció Kér-

dőívet (*Somatoform Dissociation Questionnaire*; SDQ-20) Nijenhuis és munkatársai (1996) dolgozták ki. A tételek szakértők megfigyeléseire alapozva mérik a pozitív és negatív disszociatív tüneteket egy 5-fokú Likert-skálán (végpontok: 1 = egyáltalán nem vonatkozik rám, 5 = nagyon nagy mértékben vonatkozik rám). A tételek értékelése után a vizsgálati személyeknek azt is jelezniük kell, hogy az orvosuk összekapcsolta-e valamilyen fizikai betegséggel az adott tünetet (vagyis hogy a tünetnek van-e organikus háttere, orvosilag magyarázható-e). Amennyiben igen, akkor a személynek az adott kórképet is meg kell neveznie. Egy ilyen fizikai betegség feltüntetése esetén a pontozás is változik: bármely választ adott is a kitöltő, az adott tétel pontszámát 1-re kell módosítani, ha a diagnózis valóban érvényes. Az összpontszám, amely a tételek pontszámainak összegéből adódik, 20 és 100 közé eshet (Nijenhuis és mtsai, 1996). A kérdőív vágóértékét (*cut-off point*) a szakirodalomban 29,5 pontban határozták meg, amely felett klinikai szintű szomatiform disszociáció jelenlétéről beszélhetünk (Pietkiewicz és mtsai, 2019). A kérdőív hazai adaptálását és validálását a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karának Magatartástudományi Intézetében végezzük.

#### 4.3. Gyermek- és serdülőkorban használható kérdőíves mérőeszközök

Gyermekek esetében kifejezetten fontos a szomatikus problémák korai felismerése és az időbeni beavatkozás, mivel nemcsak funkcióromlással és érzelmi distresszel járhatnak, de a tünetek tartósan, akár felnőttkorban is fennmaradhatnak. A kisebbeknél a Gyermek Szomatizáció Kérdőív (*Children's Somatization Inventory-Revised Form*; CSI-24; Walker és mtsai, 2009) segíthet felmérni a szomatikus tüneteket. Ez egy 24 tételből álló kérdőív, amelyben a gyermeknek 5-fokozatú Likert-skálán (0 = egyáltalán nem, 1 = kissé, 2 = mérsékelten, 3 = közepesen, 4 = nagyon) kell értékelnie, hogy mennyire voltak jellemzőek rá az adott tünetek a kitöltést megelőző két hét folyamán. Alacsonyabb életkorban (azaz kb. 8 év alatt, vagy amikor a gyermek olvasási készségei még nem teljesen fejlettek, és nem teszik lehetővé az önálló kitöltést) a szerzők a szóban történő lekérdezést javasolják. A kérdőív nem foglal állást azzal kapcsolatban, hogy a tüneteket pszichológiai, környezeti-szociális vagy organikus hátterűnek tekinti-e, inkább vonásként kezeli azokat. A kérdőívhez tartozik egy szülői változat is (CSI-P), amelynek tételei megegyeznek az önkitöltős változattal, ebben az esetben azonban a szülőnek kell jellemeznie gyermekét. A gyakorlati alkalmazáshoz a szerzők három referenciaponthatárt javasolnak: 18 alatt alacsony, 19 és 31 között közepes, 32 és felett pedig magas szintű súlyosságot jelez az összpontszám. Bár a kérdőív hazai kipróbálása mindössze egy 40 fős serdülő mintán történt, a mérőeszköz hasznosnak bizonyult a fiatalok szomatikus problémáinak korai időszakban történő felismerésében (Nagy, 2009).

A testi tünetek gyakoriságának mérésére egy külön, a serdülők számára kifejlesztett önkitöltős mérőeszköz a Testi Tünetek Listája (*Somatic Complaint List*; SCL; Jellesma és mtsai, 2007). A kérdőív az elmúlt időszakban előforduló

tüneteket méri fel egy 11 tételes lista segítségével, amelyet a kitöltőknek egy 5-fokú Likert-skálán kell értékelniük (végpontok: 1 = szinte soha, 5 = nagyon gyakran). A tünetek kiválasztása és megfogalmazása a 10–11 éves serdülők számára is könnyen érthető, általános és középiskolás tanárok megfigyelésein alapszik. A skálán két tétel fordított. Összesen minimum 11, maximum 55 pont szerezhető. A kérdőív nem rendelkezik cut-off értékkel, hanem az összpontszám mentén értékelhető. A használatkor azonban érdemes figyelni arra, hogy a kérdőív olyan tüneteket tartalmaz, amelyek előfordulása krónikus betegségek esetén is megnövekedhet. A mérőeszköznek létezik magyar nyelvű változata (Kocsel & Kökönyei, 2022), gyors és egyszerű használata ellenére azonban hazánkban egyelőre ritkán használják.

#### 4.4. A szomatiform zavarokkal összefüggő pszichológiai tünetek felmérése

Ahogy az korábban említésre került, szomatiform zavarok esetén a szomatikus tünetek mellett a pszichológiai tényezők felmérése is kifejezetten indokolt, hiszen a szomatiform zavarok kialakulásában kiemelt jelentősége van a testi tünetek értékelésének és értelmezésének. A testi figyelem jellegének megváltozása, a környezetből származó ingerek tartósan fenyegetőnek értékelése vagy a tünetek mögötti oktatájdönítés nemcsak a testi tünetek megjelenéséhez, hanem a tartóssá válásukhoz is hozzájárul (Kökönyei, 2012).

Ilyen pszichológiai faktor tehát a testi figyelem jellegének megváltozása, amelyben krónikusan fennálló testi tünetek esetén változások következnek be: a beteg sokkal inkább monitorozza magát, keresi a tüneteket (Skovbjerg & mtsai, 2010). A belső, testi folyamatokra irányuló figyelem mértékének mérésére használhatjuk a 19 tételből álló Testi Abszorpció Skálát (*Somatic Absorption Scale*; SAS; Barsky & mtsai, 1990). A kérdőív tételeit egy 5-fokú Likert-skálán kell a válaszadóknak értékelniük (végpontok: 1 = egyáltalán nem értek egyet, 5 = teljesen egyetértek), így az összpontszám 19 és 95 között mozog. A magasabb pontszám a testi abszorpció magasabb fokát jelzi, és ezzel elkülöníti a testre irányuló egészséges (nem patológiás) és patológiás figyelem hajlamát, amely elkülönítés fontos, hiszen a testre irányuló maladaptív figyelem felerősíti és fenntartja a tüneteket, valamint szomatiform zavarok esetében akár azok kialakulásában is szerepet játszhat. A magyar változat Köteles és munkatársai (2012) nevéhez köthető.

Fontos vizsgálódó faktor még a tünetek hátterében álló oki tényezők megítélése, azaz az oktatájdönítés, amely a 13 tételes Tünetinterpretáció Kérdőív (*Symptom Interpretation Questionnaire*; SIQ; Robbins & Kirmayer, 1991) segítségével mérhető. A 13 tétel testi tüneteket tartalmaz, amelyekre a kérdőív 3–3 lehetséges interpretációt kínál. A kitöltőnek azt kell egy 4-fokozatú skálán megítélnie, hogy mennyire fogadja el oki tényezőnek a feltüntetett magyarázatot (A = egyáltalán nem, B = valamennyire, C = meglehetősen, D = teljesen igaz). A felkínált interpretációk az oktatájdönítés három – a testi, a pszichológiai és a helyzeti, illetve a külső környezeti hatásoknak tulajdonított – dimenzióját jelenítik meg. A skálákon elért pontszámok összehasonlításával

megkaphatjuk, hogy az egyén melyik módon értelmezi a tüneteit a leginkább. A kérdőív minden egyes tételnél rákérdez az adott tünetnek az elmúlt három hónapban történő előfordulására is. A magyar validációt Rózsa és munkatársai (2008) végezték el.

A testi érzések intenzívként, károsként és zavaróként való megélésének hajlama a szomatosenzoros amplifikáció (Barsky & mtsai, 1988), ami szintén egy olyan faktor, amelyet érdemes felmérni a szomatiform zavarok gyanúja esetén. A szomatosenzoros amplifikáció egy, a tünetek felerősítésével kapcsolatos speciális kognitív torzítás (Mailloux & Brener, 2002). A jelenség mérésére a Szomatosenzoros Amplifikáció Skála (*Somatosensory Amplification Scale*; SSAS; Barsky & mtsai, 1990) alkalmas, amelynek magyar adaptációja Köteles és munkatársai (2009) nevéhez köthető. A skála 10 tételt tartalmaz, amelyeket egy 5-fokú Likert-skálán kell értékelnie a kitöltőnek (végpontok: 1 = egyáltalán nem, 5 = nagyon). A skála tételei kellemetlen, de nem feltétlenül súlyos betegségekre jellemző testi folyamatokat írnak le (pl. „Utálok, ha túl melegem van vagy nagyon fádom” és „Ki nem állhatom a füstöt, a szmogot vagy a szennyezett levegőt”). Az összpontszám 10 és 50 közé eshet, és a magasabb pontszám magasabb amplifikációs tendenciát jelez. Hangsúlyozandó, hogy a kérdőív nem a testi tünetek detekciójának pontosságát, hanem a tünetekre irányuló figyelmet, valamint azok negatív interpretációját méri (Köteles és mtsai, 2009). A mérőeszköz segíthet az ún. funkcionális, valamint az organikus betegségek tüneteinek megértésében, így segíthet a megfelelő terápia kiválasztásában is (Nakao & Barsky, 2007).

#### 5. A SZOMATIFORM ZAVAROK MÉRÉSÉNEK NEHÉZSÉGEI

A szomatiform zavarok mérését, illetve szűrését célzó eszközöknek erősségei és korlátai egyaránt vannak. Kiemelendő, hogy a jelenleg rendelkezésre álló mérőeszközöket különböző környezetekben tesztelték, beleértve az általános populációt, az alapellátást, a kórházi osztályokat, sőt a pszichiátriai ellátást is, ami a kérdőívek széles körű használatát teszi lehetővé (Chaturvedi & Desai, 2013).

Szomatiform zavarok esetén ugyanakkor olyan szubjektív élményekről beszélünk, amelyek szenvedést okoznak a beteg számára, de ezeket az élményeket nem könnyű számszerűsíteni (Chaturvedi & Desai, 2013). A jelenlegi mérőeszközök egy részének határértéke a tünetek számán alapszik, amely azt az előfeltevést követeli meg, hogy minden tünet azonos értékű és jelentőségű (Rosmalen, 2010). Ezek az eszközök általánosságban mérik a tünetek számát, gyakoriságát és súlyosságát, de nem rögzítik a tényleges megélést, és a kitöltés során nincsen lehetőség az érzés szó szerinti rögzítésére. A tüneti kritériumok mellett érdemes lehet egyéb szempontokat is figyelembe venni. Ilyen lehet például az ellátás igénybevételének gyakorisága, vagy a megélt károsodás, rokkantság (Rief & mtsai, 2010). Emellett érdemes megvizsgálni a szomatikus tünetek attribúcióját, a betegséggel kapcsolatos distressz mértékét vagy általáno-

san a betegséggel kapcsolatos viselkedést (Noyes és mtsai, 2008). Az egészséget érintő kérdésekkel, panaszokkal kapcsolatos aggodás, „katasztrófizálás” és a kognitív rumináció is központi jelentőségű lehet abban, hogy a szomatikus tünet zavarokban szenvedő betegeket elkülönítsünk más betegcsoportoktól (Fink és mtsai, 2004; Rief és mtsai, 1998).

## 6. ÖSSZEZÉS

Megmagyarázhatatlan vagy a testi okokhoz viszonyítva aránytalan mértékű szomatikus tünetekkel sokan keresik fel a különböző egészségügyi ellátóhelyeket. Bár nem mindig indokolt a szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok diagnosztizálásának felállítása, azokban az esetekben, ahol a tünetek elérik a klinikailag jelentős küszöböt, nagyon fontos a megfelelő diagnosztikus folyamat, és erre építve az adekvát kezelés tervezése. Ezt jelentősen segíthetik azok a pszichológiai vizsgálóeszközök, amelyekkel az ellátásra szoruló páciensek szűrhetőek (Rief és mtsai, 2010). A diagnosztizálást megnehezíti, hogy a szomatiform zavarok jelenléte nem zárja ki az organikus betegségek vagy más pszichiátriai zavarok jelenlétét, ezért érdemes bio-pszicho-szociális keretben értelmezni a tüneteket (Servan-Schreiber és mtsai, 2000; Tamás és mtsai, 2020). Ha fennáll a szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok gyanúja, akkor az önbevallásos kérdőívek gyors és könnyű alkalmazhatóságuk révén ki tudják szűrni a veszélyeztetett betegeket a rutinellátásban (Zijlema és mtsai, 2013). Mivel a gyermekek körében kifejezetten

fontos a korai felismerés, így számukra külön fejlesztett kérdőívek használata ajánlott (Nagy, 2009). A szűrés után a diagnózis pontosítására, valamint az addig rejtve maradt tünetek feltárására interjú módszerek alkalmazhatóak, amelyek bár időigényesek, de a legmegbízhatóbb eredményt hozhatják (Rózsa, 2009). A diagnosztizálást emellett magába foglalja a pozitív pszichológiai tünetek azonosítását is, így fontos az olyan faktorok kérdőíves felmérése is, mint a testi figyelem jellegének megváltozása, az oktulajdonítás, valamint a szomatosenzoros amplifikáció (Silber, 2011).

Összességében: a szomatiform zavarok minél komplexebb felmérése segíti azok időben történő felismerését, ami hozzájárulhat az olyan lehetséges szövődmények megelőzéséhez is, mint amilyen például az ismételt műtéti beavatkozások, a szerfüggőség, a párkapcsolati zavarok, vagy akár az öngyilkos magatartás (Hilty és mtsai, 2001).

**Köszönetnyilvánítás:** Ezúton szeretnénk köszönetet mondani a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kara Magatartástudományi Intézetének a támogatásáért, hogy ez az áttekintő tanulmány létrejöhessen.

**Szerzői munkamegosztás:** Kovács Bianka Dorottya: szakirodalom-kutatás, a kézirat megírása. Molnár Judit: a kézirat koncepciójának összeállítása, a kézirat véleményezése, javítása.

**Nyilatkozat érdekütközésről:** A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

## IRODALOM

- Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Jones, S. L., & Sharpe, D. (2013). The Short Health Anxiety Inventory: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.009>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association, Washington.
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S., & Cleary, P. D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 510–519. <https://doi.org/10.1097/00006842-198809000-00007>
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323–334. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(90\)90004-A](https://doi.org/10.1016/0022-3956(90)90004-A)
- Brosschot, J. F. (2002). Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(2), 113–121. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00276>
- Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130(5), 793–812. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.793>
- Cao, J., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Jiang, Y., ... & Leonhart, R. (2020). Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *General Hospital Psychiatry*, 62, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.11.010>
- Cao, J., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Zhang, L., ... & Leonhart, R. (2022). Detecting DSM-5 somatic symptom disorder in general hospitals in China: B-criteria instrument has better accuracy – A secondary analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 935597. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.935597>
- Chaturvedi, S. K., & Desai, G. (2013). Measurement and assessment of somatic symptoms. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 31–40. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.727787>
- Chaturvedi, S. K., & Maguire, G. P. (1998). Persistent somatization in cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(3), 249–256. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00013-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00013-0)

- Chaturvedi, S. K., Michael, A., & Sarmukaddam, S. (1987). Somatizers in psychiatric care. *Indian Journal of Psychiatry*, 29(4), 337–342.
- Dantzer, R. (2005). Somatization: A psychoneuroimmune perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 947–952. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.03.011>
- Desai, G., Chaturvedi, S. K., Dahale, A., & Marimuthu, P. (2015). On somatic symptoms measurement: The Scale for Assessment of Somatic Symptoms Revisited. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 17–19. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.150807>
- Edwards, M. J., Adams, R. A., Brown, H., Parees, I., & Friston, K. J. (2012). A Bayesian account of „hysteria”. *Brain*, 135(11), 3495–3512. <https://doi.org/10.1093/brain/aws129>
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 855–871. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.007>
- Engel, G. L. (1960). A unified concept of health and disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 3(4), 459–485. <https://doi.org/10.1353/pbm.1960.0020>
- Fink, P., Ørnbøl, E., Toft, T., Sparle, K. C., Frostholt, L., & Olesen, F. (2004). A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1680–1691. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1680>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2017). *Útmutató a SCID-5-CV használatához strukturált klinikai interjú a DSM-5 zavarok felmérésére: Klinikai változat*. Oriold és Társai Kiadó.
- Garralda, M. E. (1992). A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *British Journal of Psychiatry*, 161(6), 759–773. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.759>
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
- Gonda, X. (2016). *DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer*. Oriold és Társai Kiadó.
- Gordon, J. G., LeBouthiller, A., & LeBouthiller, D. (2018). Somatic symptoms and related disorders. In D. C. Beidel, & B. C. Frueh (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (8th ed., pp. 429–450). Wiley.
- Helgeland, H., Gjone, I. H., & Diseth, T. H. (2022). The biopsychosocial board — A conversation tool for broad diagnostic assessment and identification of effective treatment of children with functional somatic disorders. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 2(3), 144–157. <https://doi.org/10.1177/26344041221099644>
- Henningsen, P. (2018). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 23–31. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen>
- Hilderink, P. H., Collard, R., Rosmalen, J. G. M., & Oude Voshaar, R. C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.004>
- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 704–712. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0082-y>
- Hilty, D. M., Bourgeois, J. A., Chang, C. H., & Servis, M. E. (2001). Somatization disorder. *Current Treatment Options in Neurology*, 3(4), 305–320. <https://doi.org/10.1007/s11940-001-0036-3>
- Janca, A., Burke, J., Isaac, M., Burke, K., Costa, J., Silva, E., ... & Tacchini, G. (1995). The World Health Organization somatoform disorders schedule. A preliminary report on design and reliability. *European Psychiatry*, 10(8), 373–378. [https://doi.org/10.1016/0924-9338\(96\)80340-3](https://doi.org/10.1016/0924-9338(96)80340-3)
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Terwogt, M. M. (2007). The Somatic Complaint List: Validation of a self-report questionnaire assessing somatic complaints in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 399–401. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.017>
- Jiang, Y., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Cao, J., ... & Leonhart, R. (2021). Assessment of the structured clinical interview (SCID) for DSM-5 for somatic symptom disorder in general hospital outpatient clinics in China. *BMC Psychiatry*, 21(1), Article 144. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03126-0>
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647–655. <https://doi.org/10.1097/00005053-199111000-00001>
- Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. In *Adult psychopathology and diagnosis* (3rd ed., pp. 333–383). John Wiley & Sons, Inc.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420–430. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00006>
- Koby, D. G., & Curt LaFrance, W. (2014). Dissociative disorder. In A. B. Ettinger, & D. M. Weisbrot (Eds.), *Neurologic differential diagnosis* (pp. 135–138). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139028899.020>
- Kocsel, N., & Kökönyei, Gy. (2022). Testi Tünetek Listája (Somatic Complaint List, SCL). In Horváth, Zs., Urbán, R., Kökönyei, Gy., & Demetrovics, Zs., *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban* (pp. 319–321). Medicina Könyvkiadó.
- Kökönyei, Gy. (2012). Egészségfejlesztési és terápiás lehetőségek szomatizációs kórképekben. In Urbán, R., Demetrovics, Zs., Rigó, A., & Oláh, A. (Szerk.), *Egészségpszichológia elmélete és alkalmazása* (Vol. 2., pp. 13–52). ELTE Eötvös Kiadó.
- Köteles, F., Gémes, H., Papp, G., Túróczi, P., Pásztor, A., Freyler, A., ... & Bárdos, G. (2009). Validation of the Hungarian version of the Somatosensory Amplification Scale (SSAS). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 321–335. <https://doi.org/10.1556/mental.10.2009.4.3>
- Köteles, F., Simor, P., & Bárdos, G. (2011). Validation and psychometric evaluation of the Hungarian version of the Short Health Anxiety Inventory (SHAI). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(3), 191–213. <https://doi.org/10.1556/Mental.12.2011.3.1>

- Köteles, F., Simor, P., & Tolnai, N. (2012). Psychometric evaluation of the Hungarian version of the Somatic Absorption Scale. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(4), 375–395. <https://doi.org/10.1556/Mental.13.2012.4.2>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Kulcsár, Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Kuritárné Szabó, I., Molnár, J., & Nagy, A. (2018). *Trauma-eredetű disszociáció. Elmélet és terápia*. Oriold és Társai Kiadó.
- Laferton, J. A. C., Stenzel, N. M., Rief, W., Klaus, K., Brähler, E., & Mewes, R. (2017). Screening for DSM-5 somatic symptom disorder: diagnostic accuracy of self-report measures within a population sample. *Psychosomatic Medicine*, 79(9), 974–981. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000530>
- Limburg, K., Sattel, H., Dinkel, A., Radziej, K., Becker-Bense, S., & Lahmann, C. (2017). Course and predictors of DSM-5 somatic symptom disorder in patients with vertigo and dizziness symptoms – A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.05.003>
- Lipowski, Z. J. (1968). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: III. Theoretical issues. *Psychosomatic Medicine*, 30(4), 395–422. <https://doi.org/10.1097/00006842-196807000-00005>
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: Medicine's unsolved problem. *Psychosomatics*, 28(6), 294–297. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(87\)72518-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(87)72518-3)
- Löwe, B., Toussaint, A., Rosmalen, J. G. M., Huang, W.-L., Burton, C., Weigel, A., ... & Henningsen, P. (2024). Persistent physical symptoms: Definition, genesis, and management. *The Lancet*, 403(10444), 2649–2662. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00623-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00623-8)
- Mailloux, J., & Brener, J. (2002). Somatosensory amplification and its relationship to heartbeat detection ability. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 353–357. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00020>
- Nagy, R. (2009). *Családszerkezet és pszichológiai egészség*. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar.
- Nakao, M., & Barsky, A. J. (2007). Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *BioPsychosocial Medicine*, 1(1), Article 17. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-1-17>
- Nijenhuis, E. R. S. (2001). Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 7–32. [https://doi.org/10.1300/J229v01n04\\_02](https://doi.org/10.1300/J229v01n04_02)
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Der Hart, O. V., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20): *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688–694. <https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00006>
- Noyes, R., Stuart, S. P., & Watson, D. B. (2008). A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 49(1), 14–22. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.1.14>
- Palermo, T. M., Eccleston, C., Lewandowski, A. S., De C. Williams, A. C., & Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: An updated meta-analytic review. *Pain*, 148(3), 387–397. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.004>
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Hunfeld, J. A. M., Bohnen, A. M., Van Suijlekom-Smit, L. W. A., Passchier, J., ... & Johannes C. (2000). Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain*, 87(1), 51–58. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00269-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00269-4)
- Pietkiewicz, I. J., Helka, A. M., & Tomalski, R. (2019). Validity and reliability of the Polish online and pen-and-paper versions of the Somatoform Dissociation Questionnaires (SDQ-20 and PSDQ-5). *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.05.002>
- Pilling, J. (2018). *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó.
- Purebl, G., & Pilling, J. (2019). A szomatizáció pszichoterápiája. In Z. Unoka, G. Purebl, F. Túry, & I. Bitter (Szerk.), *A pszichoterápia alapjai* (Vol. 2., pp. 181–188). Semmelweis Kiadó.
- Rajna, P. (2021). Pszichoszomatikus tünetek és betegségek: a medicina vakfoltja. *Orvosi Hetilap*, 162(7), 252–261. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32004>
- Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 587–595. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.4.587>
- Rief, W., Mewes, R., Martin, A., Glaesmer, H., & Braehler, E. (2010). Are psychological features useful in classifying patients with somatic symptoms? *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 648–655. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d73fce>
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21(4), 1029–1045. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030026>
- Rolfe, A., & Burton, C. (2013). Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: Systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 173(6), Article 407. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2762>
- Rosen, G., Kleinman, A., & Katon, W. (1982). Somatization in family practice: A biopsychosocial approach. *The Journal of Family Practice*, 14(3), 493–502.
- Rosmalen, J. G. M. (2010). The way forward: A case for longitudinal population-based studies in the field of functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 399–401. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.12.003>
- Rózsa, S., Kő, N., Krekő, K., Unoka, Z., Csorba, B., Fecskő, E., & Kulcsár, Zs. (2008). A mindennapos testi tünetek attribúciója: Tünetinterpretáció Kérdőív hazai adaptációja. *Pszichológia*, 28(1), 53–80. <https://doi.org/10.1556/Pszi.28.2008.1.4>
- Rózsa, S. (2009). Korszerű mérőmódszerek a klinikai diagnosztikában. *Orvosképzés*, 84(3, különszám), 141–144.
- Salawu, F., Wakil, M., & Damburam, A. (2010). Overview of somatization-diagnosis and management. *Nigerian Journal of Medicine*, 18(4). <https://doi.org/10.4314/njm.v18i4.51221>
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5). <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>

- Sanders, M. R., Shepherd, R. W., Cleghorn, G., & Woolford, H. (1994). The treatment of recurrent abdominal pain in children: A controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(2), 306–314. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.2.306>
- Sartorius, N. (1993). WHO's work on the epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28*(4), 147–155. <https://doi.org/10.1007/BF00797316>
- Servan-Schreiber, D., Kolb, R., & Tabas, G. (2000). *Somatizing Patients: Part I. Practical Diagnosis, 61*(4), 1073–1078.
- Silber, T. J. (2011). Somatization disorders: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics in Review, 32*(2), 56–64. <https://doi.org/10.1542/pir.32.2.56>
- Skovbjerg, S., Zachariae, R., Rasmussen, A., Johansen, J. D., & Elberling, J. (2010). Attention to bodily sensations and symptom perception in individuals with idiopathic environmental intolerance. *Environmental Health and Preventive Medicine, 15*(3), 141–150. <https://doi.org/10.1007/s12199-009-0120-y>
- Stauder, A., Witthöft, M., & Köteles, F. (2021). Validation of the Hungarian PHQ-15. A latent variable approach. *Ideggyógyászati Szemle, 74*(5–6), 183–190. <https://doi.org/10.18071/isz.74.0183>
- Tamás, R. B., Perczel-Forintos, D., Máté, O., & Gyenge, Z. (2020). Szomatizációs zavarok kezelése gyermekkorban: Bizonyítottan hatékony pszichoterápiás módszerek. *Orvosi Hetilap, 161*(25), 1050–1058. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31740>
- Tomenson, B., Essau, C., Jacobi, F., Ladwig, K. H., Leiknes, K. A., Lieb, R., ... & Sumathipala, A. (2013). Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *British Journal of Psychiatry, 203*(5), 373–380. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.114405>
- Walker, L. S., Beck, J. E., Garber, J., & Lambert, W. (2009). Children's Somatization Inventory: Psychometric properties of the revised form (CSI-24). *Journal of Pediatric Psychology, 34*(4), 430–440. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn093>
- World Health Organization (2004). *BNO-10 zsebkönyv: DSM-IV-TR<sup>TM</sup> meghatározásokkal*. Animula.
- World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders (CDDR)*. World Health Organization.
- Zijlema, W. L., Stolk, R. P., Löwe, B., Rief, W., White, P. D., & Rosmalen, J. G. M. (2013). How to assess common somatic symptoms in large-scale studies: A systematic review of questionnaires. *Journal of Psychosomatic Research, 74*(6), 459–468. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.03.093>